

Formulario de asistencia: Cuidado infantil familiar con licencia previa*

El programa de cuidado infantil debe completar todos los campos obligatorios y enviarlos con la solicitud de estipendio. La información se basa en los niños bajo cuidado al momento de la solicitud.

Nombre del programa: _____

Fecha de la solicitud: _____

Ubicación de la instalación: _____

Para la semana de: _____ Días abiertos: _____

Turno de día por la mañana

Turno de noche

Turno de toda la noche

El nombre del niño	Edad del niño	Sexo del niño	Orientación étnica*	Horas de cuidado	No. de días que asistió	Ocupación de los padres	¿Beneficiario actual de CCAP? En caso afirmativo, ID de cliente de gestión de cuidado infantil de <u>15 dígitos</u>
		M F					Sí No
		M F					Sí No
		M F					Sí No
		M F					Sí No
		M F					Sí No
		M F					Sí No

Para el origen étnico de cada niño, enumere todos los números que correspondan a continuación: (Obligatorio para informes federales) 1 - Blanco 2- Negro o afroamericano 3 - Hispano o latino (las personas que declaran el origen étnico hispano también deben enumerar su raza, por ejemplo, "3-1", "3-2", "3-5") 4 - Asiático 5 - Indio americano o nativo de Alaska 6 - Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico.

Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y que la información que proporciono es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Nombre escrito del proveedor

Firma del proveedor

Fecha

* A los fines de este documento/programa, los "hogares de cuidado infantil familiar con licencia previa" son aquellos programas que tenían licencia y brindaban atención de forma activa antes de la Orden ejecutiva COVID No 8.